

Introduction

Plusieurs études ont suggéré une prévalence augmentée des tumeurs au cours de l'acromégalie. La similitude épithéliale de la vésicule biliaire avec le côlon soulève la possibilité que les polypes de la vésicule biliaire peuvent se produire plus fréquemment chez les acromégales [1].

Observations

Nous rapportons 2 cas de cette association:

La première patiente était âgée de 41 ans, suivie pour asthme sous traitement. Elle présentait un syndrome dysmorphique acro-facial acquis d'une acromégalie. Au bilan de confirmation, elle avait des IGF1 élevée à 774ng/ml (2.89xnormale), des GH au delà de 34ng/ml au test de freinage de la GH par HGPO à 75g de glucose et à l'IRM hypothalamo-hypophysaire un processus lésionnel intra-sellaire latéralisé à gauche de 10 mm. Au bilan de retentissement locorégional, endocrinien: un hypogonadisme hypergonadotrope (suspicion d'une insuffisance ovarienne prématurée, bilan étiologique en cours) et une hyperprolactinémie de déconnexion; le bilan endocrânien était normal. Au bilan d'organomégalie, un goitre, une légère hépatomégalie avec l'individualisation d'une formation polyploïde au fond vésiculaire mesurant 5mm. La polysomnographie et la colonoscopie étaient en cours. Au bilan métabolique, une intolérance aux hydrates de carbone et une hypercalciurie. Le geste prévu était une adénomectomie par voie trans-sphénoïdale.

La deuxième patiente était âgée de 55 ans, suivie pour diabète sucré sous metformine, présente un syndrome dysmorphique acro-facial acquis d'une acromégalie. Au bilan de confirmation, elle avait des IGF1 élevée à 865ng/ml (3.2xnormale), et à l'IRM hypothalamo-hypophysaire: un macroadénome hypophysaire de 18*15*35mm avec extension supra-sellaire et envahissement des 02 sinus caverneux. Au bilan de retentissement locorégional, endocrinien: une insuffisance corticotrope, un hypogonadisme hypogonadotrope et une hyperprolactinémie de déconnexion; au bilan endocrânien un fond d'œil normal et au champ visuel un déficit qui touche la périphérie du champs visuel. Au bilan d'organomégalie, un goitre, des polypes vésiculaires mesurant 5mm et 3.4mm. A la colonoscopie un polype sans lésion de dysplasie et un SAOS sévère à la polysomnographie. La patiente fut opérée par voie trans-sphénoïdale avec la persistance d'un macroadénome hypophysaire intra et supra-sellaire mesurant 16x22x17mm d'où sa mise sous analogues de la somatostatine.

Concernant les polypes vésiculaires, les gastrologues ont préconisé une surveillance échographique chaque 6 mois.

Discussion

Les patients atteints d'acromégalie ont un risque accru de développer des lésions néoplasiques, en particulier celles du côlon. En effet, une association entre la croissance tumorale et les taux de GH et IGF1 a été bien établie [2,3].

Des études ont montré que l'acromégalie prédispose à la formation des polypes de la vésicule biliaire. Les taux élevés de GH et IGF-I ont été impliqués dans la tumorigenèse de différents tissus. Dans le côlon, l'IGF-I exerce un effet anti-apoptotique et favorise la prolifération de l'épithélium qui est une étape importante dans la voie de formation des adénomes. De même, il est possible qu'un mécanisme pathogène similaire soit impliqué dans la formation des polypes dans la vésicule biliaire [4].

Une étude a montré des niveaux de GH plus élevés chez les patients acromégales présentant des polypes de la vésicule biliaire que ceux qui n'en ont pas [1].

Conclusion

D'autres études sont nécessaires pour déterminer la fréquence de cette association qui doit être recherchée, ainsi pour rechercher si ces patients sont exposés à un risque accru de développer un carcinome de la vésicule biliaire et pour définir le rôle et la fréquence de l'échographie abdominale dans le cadre de la surveillance échographique.

Références

- [1] Annamalai AK, Gayton EL, Webb A, Halsall DJ, Rice C, Ibram F, Chaudhry AN, Simpson HL, Berman L, Gurnell M. Increased Prevalence of Gallbladder Polyps in Acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96(7): E1120-E1125.
- [2] Kurimoto M, Fukuda I, Hizuka N, Takano K. The prevalence of benign and malignant tumors in patients with acromegaly at a single institute. *Endocr J.* 2008; 55(1):67-71.
- [3] Jenkins PJ. Acromegaly and Cancer. *Horm Res.* 2004; 62 (suppl 1) 108-115.
- [4] Loeper S, Ezzat S. Acromegaly: re-thinking the cancer risk. *Rev Endocr Metab Disord.* 2008 ; 9:41-58.